FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Janvier 1910, à 1 heure

PAR

Gaston-Pierre-Maurice CHEVALIER

né le 8 avril 1884, à Poitiers (Vienne)

ETUDE STATISTIQUE

DES

Présentations de la Face

à la Clinique TARNIER

de 1900 à 1910

Président : M. BAR, *professeur.*

Juges : MM. HUTINEL, *professeur*
BRINDEAU, *agrégé.*
NOBÉCOURT, *agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
H. CHACORNAC, Editeur
9, rue de l'Eperon, 9

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	X..... DÉJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBRÉDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine

de Poitiers

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

EN TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

ET DE PROFONDE GRATITUDE

HISTORIQUE

De toutes les présentations que l'on rencontre au cours des accouchements, celle de la face est assurément la plus rare après celle du front ; cependant elle a été l'objet de bien des discussions et son pronostic a été alternativement sombre et bénin, pour arriver, finalement de nos jours à être tout à la fois, ou l'un ou l'autre, suivant le cas dont il s'agit.

Pour Hippocrate et les auteurs anciens, seul l'accouchement par le sommet est naturel ; pendant une longue période cette présentation de la face est particulièrement redoutée par tous. Au XVI^e^ siècle, Louise Bourgeois écrit : « Lorsque la face se présente, il faut rechercher, par tous les moyens, sans y toucher, de hâter l'accouchement, car pour peu qu'il demeure en cet estat, il vient si contrefait et si monstrueux de visage, qu'il semble qu'il soit tout meurtri. »

Plus tard, le pronostic se modifie, et au XVII[e] siècle, Paul Portal, premier compagnon chirurgien gagnant maîtrise à l'Hôtel-Dieu, écrit : « Il y a une sorte d'accouchement qui ne s'éloigne pas beaucoup du naturel, quoiqu'il soit un des plus délicats et un des plus contre nature, c'est lorsque l'enfant présente la face première. » Mais la crainte de complications lui paraît chimérique car il ajoute : « Tout ce qui peut arriver à l'enfant, c'est de souffrir et d'avoir la tête noire et tuméfiée à cause qu'elle a souffert de grandes violences à sa sortie, n'arrivant jamais d'autres accidents à l'égard du travail. J'ai accouché plusieurs femmes dont les enfants venaient la face de travers, et cependant toujours heureusement, d'où il s'ensuit que quand le visage se présente premier, il ne faut rien violenter parce qu'il n'en arrive rien de fâcheux, ny à la mère ny à l'enfant, ainsi que nous l'avons déjà dit. » On ne peut, on le voit, être plus optimiste.

Cependant, en 1668, Mauriceau, ne trouvant point dans les présentations de la face, sujet à tant se réjouir, et il écrit que « en cette position il est très difficile que l'enfant vienne ». Boer, en 1792 est plus catégorique : pour lui,

la présentation de la face est à craindre. « Il faut avant tout savoir qu'il est rare que l'accouchement par la face puisse se terminer seul. » La plupart des accoucheurs tendent par tous leurs efforts à transformer cette présentation en sommet, et quant ils n'y réussissent pas, ils essaient la version. C'est ainsi que font Dionis, Smellie, Viardel, de la Motte, Baudelocque, Capuron.

Nous devons arriver au début du XIX^e^ siècle pour observer un revirement complet dans les idées obstétricales ; en effet, M^me^ Lachapelle s'élève avec vigueur contre les craintes que faisait naître cette présentation ; elle va même jusqu'à prétendre que l'accouchement par la face est « au moins » aussi facile que par le sommet: exagération de réaction qui comme toujours dépasse le but à atteindre. Actuellement tout le monde semble d'accord pour dire que l'accouchement par la face sera tantôt très facile, comme l'a montré M^me^ Lachapelle, mais tantôt aussi très difficile comme le disaient les anciens. Nous verrons d'ailleurs dans un chapitre consacré au pronostic que celui-ci dépend presque complètement d'un facteur : la rotation.

AGE	AGE de la Grossesse	PARITÉ	CAUSES probables de la Présentation	DURÉE totale du Travail	ÉVOLUTION de l'accouchement	NATURE de l'intervention	POIDS de l'Enfant	SUITES de couches ISSUE pour la mère	ETAT DE L'ENFANT après la naissance	ISSUE pour L'ENFANT
22	8 1/2	I	Kyste paroi du vagin Incision avant interv.	28 h. 30	Artif.	Forceps.	2.680	N. V.	A respiré 6 heures.	M
27	T	III à T	2 circul. lâches.	8 h. 40	sp	0	3.400	N. V.	Conjonctivite.	V
23	7	I	Hydramnios procid. du bras.	2 h.	sp	0	1.130	N. V.	Pseudencéphale.	M
35	T	II à T	10,5	13 h.	sp	0	3.750	N. V.	Bon.	V
24	T	III à T	Excès volume. Albuminurie.	11 h.	sp	0	4.255	N. V.	Bon.	V
28	8	IV 1 forceps	Accessible.	11 h.	sp	0	2.535	N. V.	Conjonctivite.	V
29	T	I	10,5 et +	20 h.	Artif.	Forceps.	3.670	N. V.	Bon.	V
27	8 1/2	II	10,5 et +	12 h.	sp	0	2.500	N. V.	Bon.	V
28	8 1/2	III	Hydramnios.	24 h.	sp	0	2.780	N. V.	M.	M
					Artif.	Version.	?	N. V.	Paralysie brachiale.	V
					sp	0	2.000 à 2.500	Inf. puerp. V.	Débile.	V
					sp	0	?	N. V.	Bon.	V
		gemellaire	L'autre S mode des fesses. 10,5 et +	?	sp	0	2.000 à 2.500	N. V.	Débile.	V
28	T	II 1 à T spont.	?	1 h. 5	Artif.	Version.	3.500	N. V.	Ranimé.	V
34	T	III 2 à T	Accessible au loin.	11 h.	sp	0	3.180	N. V.	Bon.	V
24	T	III	?	8 h. 15	Artif.	Version.	3.930	N. V.	Bon.	V
35	T	IV	Excès de volume.	6 h.	sp	0	4.100	N. V.	Non ranimé, M. pendant le travail.	M

22	6	II 1 à 7 m. 1/2	?	15 h. 15	sp	0	1.170	N. V.	Procidence du cord. réduite, m. d. la j.	M
37	T	III 2 à T	Excès de volume.	12 h.	sp	0	4.300	N. V.	Bon.	V
33	?	VII	Excès de volume.	?	sp	0	5.300	Eclampsie. V.	M. pendant le travail	M
36	T	IX 8 à T	?	21 h.	sp	0	3.350	N. V.	M. pendant le travail	M
20	T	I	Légèrement rétréci.	8 h.	sp	0	2.750	N. V.	Bon.	V
29	T	VI	?	2 h. 15	sp	0	3.500	N. V.	Bon.	V
42	T	VIII	Excès de volume.	28 h.	Artif.	Crâniocl^{sie} s. macéré	4.170	N. V.	Macéré, perforation de Blot.	M
25	T	III	?	5 h. 30	sp	0	3.000	N. V.	Bon.	V
28	8	I		55 h.	sp	0	2.330	Inf. p. 38°2. V.	Ranimé.	V
24	T	III		5 30	sp	0	3.480	N. V.	Bon.	V
?	?	?		?	sp	0	?	N. V.	Bon.	V
					sp	0	?	N. V.	Bon.	V
					Artif.	Forceps.	2.000 à 2.500	N. V.	Débile.	V
			Hydramnios.		sp	0	?	N. V.	Bon.	V
			?		sp	0	?	N. V.	Bon.	V

25	22	23	29	22	32	25		32	32
							Si on excepte		
	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	eclamptique	o/o	o/o
de 20 7 **4,3**							**0** o/o		
à 25 7 **36,4**	T 15 **68,1**	I pare 5 **21,7**	Hydramnios 3 **10,3**	+de 24-4 **18,1**	Sp. 25 **78,1**	+ de 4000 **2,50**		Moins 1 macéré.	Viv. 24 **75**
à 30 8 **34,7**	81/23 **13,6**	II pare 4 **17,3**	Accessible 5 **17'2**	+de 12-10 **45,4**	F. 3 **9,3**	+ de 3500 **5,20**		31 cas. M. pendant le trav. 3 **9,6**	M. 8 **52**
et 7 **30,4**	8 2 **9**	III pare 7 **30,4**	Rétréci 1 **3,4**	+de 6-17 **77,2**	V. 3 **9,3**	+ de 3000 **5,20**		M. Après nais. 2 **6,4**	
	7 1/2 0 **0,8**	mult. 18 **78,2**	Gemellaire 1 **3,4**	—de 6-5 **22,7**	Crân. 1 **3,1**	+ de 2500 **4,16**			
	7 1 **4,5**		Tumeur mat. 1 **3,4**			+ de 2000 **4,16**			
	6 1 **4,5**		Excès vol. 4 **13,7**			— de 2000 **2, 8**			
			Brièveté cord. 1 **3,4**			+ de 2500 **19,76**			

AGE	AGE de la Grossesse	PARITÉ	CAUSES probables de la Présentation	DURÉE totale du Travail	ÉVOLUTION de l'accouchem^t	NATURE de l'intervention	POIDS de l'Enfant	SUITES de couches ISSUE pour la mère	ÉTAT DE L'ENFANT après la naissance	ISSUE pour L'ENFANT
34	T	II sp.	Presq. accessible.	9 h. 30	sp	0	2.760	N. V.	Bon état.	V
30	T	III 1er enf. M.	Faux prom. hydramnios.	10 h. 30	sp	0	4.075	N. V.	id.	V
25	8	I	?	35 h.	sp	0	3.000	N. V.	id.	V
21	T	I	Faux prom. 9,3, généralt. rétréci	11 h.	sp	0	2.640	N. V.	id.	V
27	T	II 1 forceps	Pr. accessible.	18 h.	sp	0	3.200	N. V.	id.	V
27	T	II avort. 4m1/2	?	8 h.	sp	0	3.650	N. V.	Diarrhée verte perd 190 gr. à la sortie.	V
31	T	III	?	7 h.	sp	0	2.930	N. V.	Bon état.	V
40	T	IV à T spont.	Pr. ac. dolichocéph.	14 h.	sp	0	3.250	N. V.	id.	V
19	T	I	Access.	11 h. 15	sp	0	2.980	N. V.	Ecchymose de la face	V

37	T	III T spont.	Bassin plat 10 dolichocéphalie.	7 h. 45	sp	0	3.350	N. V.	Bon état.	V
22	T	II spont.	Access.	15 h.	sp	0	3 230	N. V.	id.	V
21	T	I	?	39 h.	sp	0	3.200	N. V.	Lésions cutanées de la face.	V
25	8 1/2	I	Brièveté accident. 2 civ.	72 h.	sp	Rotation artificielle excitateur de Tarnier	2.650	Inf. puerp. V.	M. pendant le travail	M
26	T	III 1er som. 2e s.	Uterus bicorne.	1 h.	sp	0	3.900	N, V.	Bon état.	V
18	T	I	?	11 h.	Artif.	Forceps.	3.080	N. V.	id.	V
28	T	III à T	Brièveté accident. 2 circulaires.	19 h.	sp	0	3.210	N. V.	id.	V
19	T	I	Brièveté accident. 5 circulaires.	7 h. 30	Artif.	Version.	3.450	Gde déchirure du col. V.	M. pendant le travail	M
23	T	I	Pro. acc.	33 h.	Artif.	Forceps.	4.020	Abcès du sein.	Bon état.	V
18 Cas o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o		
— de 20 3 **16,6**	T 16 **88,8**	I 8 **44,4**	Hydramnios 1 **5,5**	+ de 24 4 **22,2**	Sp. 14 **77.7**	+ de 4000 2 **11,1**	Inf. ple. 1 **5,5**	Mortalité maternelle		Mortalité.
20 à 25 4 **22,2**	8 1/2 1 **5,5**	II 4 **22,2**	Pr. accessible 6 **33,3**	+ de 12 4 **22,2**	F. 2 **11,1**	+ de 3500 à 4000 2 **11,1**		0 **0** o/o		2 **11,1** o/o
25 à 30 6 **33,3**	81 **5,5**	III 5 **27,7**	Retréci 3 **16,6**	+ de 6 9 **49,9**	Vers. 1 **5,5**	+ de 3000 à 3500 9 **49,9**				
30 et + 5 **27,7**	70 **0**	Mult. 10 **55,5**	Gemellaire 0 **0**	— de 6 1 **5.5**	Aut. 1 **5,5**	+ de 2500 à 3000 5 **27.7**				
			Excès volum. 2 **11,1** Brièveté cord. 8 **16.6** (Accident ou non)			+ de 2.500 **18**				

Relevé des observations en tableau.

Pour l'établissement de ce tableau, nous avons recherché toutes les présentations de la face que l'on a observées à la clinique Tarnier depuis 10 ans, c'est-à-dire de 1900 à 1910. Nous présentons cette étude statistique d'abord en 2 tableaux. N'ayant pu avoir en main les observations détaillées de 1900 à novembre 1907, nous nous sommes donc forcément contentés, pour cette période, des renseignements fournis par les registres de la Clinique. L'année 1906 manque dans la statistique, les registres de cette époque ayant été égarés au moment de la mort du professeur Budin.

Le second tableau établi sur les mêmes divisions est en quelque sorte le résumé de toutes les observations complètes que nous rapportons. Elles représentent toutes les présentations de la face observées à la Clinique Tarnier depuis le 1er novembre 1907, c'est-à-dire depuis l'arrivée de notre maître, M. le Professeur Bar, à la Clinique.

Nous avons été ainsi conduit à établir un pourcentage particulier à chacun de ces 2 tableaux puis un relevé général ainsi que le pourcentage portant sur les 10 années.

RÉSUMÉ DES DEUX TABLEAUX

Variété et genre. — 46 cas.

DP.	28	50 o/o
G. P.	2	4,3 —
D. A.	1	2,1 —
G. A.	17	37,1 —
G. T.	3	6,5 —

Influence de l'âge. — Nombre de cas : 41.

15 à 20	4	9,7 o/o
20 à 25	11	26,8 —
25 à 30	14	34,1 —
30 et plus	12	29,2 —

Influence de la parité. — Nombre de cas : 41.

I pare	13	31,7 o/o
II —	8	19,5 —
III —	12	29,2 —
multipare	28	68,2 —

Influence de l'âge de la grossesse.
— Nombre de cas : 40.

à Terme	31	77,5 o/o
8 mois	4	9,8 —
8 —	3	7,5 —
7 — 1/2	0	
7 —	1	2,5 —
6 — 1/2	1	2,5 —

Cause de la présentation (probable),
— Nombre de cas : 47.

Hydramnios	4	8,5 o/o
Promontoire accessible	11	23,4 —
Bassin rétréci (— de 10,5)	4	8,5 —
Gémellaire	1	2,1 —
Tumeur maternelle	1	2,1 —
Excès de volume fœtal	6	12,7 —
Briéveté du cordon (accidlle ou non)	4	8,5 —

Durée du travail. — Nombre de cas : 40.

24 heures et plus	8	20 o/o
12 — à 24	14	35 —
6 — à 12	26	65 —
— de 6	6	15 —

Mode de terminaison. — Nombre de cas : 50.

Spontanée	39	78 o/o
Forceps	5	10 —
Version	4	8 —
Autres opérations	2	4 —

Mortalité maternelle. — 50 cas.

Aucune si on excepte 1 éclamptique 0 o/o

Mortalité fœtale. — 50 cas.

10 soit 20 o/o

Issue pour la mère. — 50 cas.

Infection puerpérale	3	6 o/o

Poids du fœtus. — Nombre de cas : 43.

Plus de 4000 gr.	7	16,2 o/o
3500 à 4000	7	16,2 —
3000 à 3500	14	32,5 —
2500 à 3000	9	18,6 —
2000 à 2500	4	9,3 —
— de 2000	2	4,6 —
plus de 2500	37	86,0 —

FRÉQUENCE

La présentation de la face est, après celle du front, la plus rare de toutes ; en effet, si on les range par ordre de fréquence, on a, d'après M. JEANNIN :

présentation du sommet :	1	pour	1,03 à 1,05
— du siège :	1	—	60
— de l'épaule :	1	—	200
— de la face :	1	—	250
— du front :	1	—	8000

Mme BOIVIN sur 20.517 accouchements trouve 97 faces, soit 1/211. Mme LACHAPELLE, sur 15.652 accouchements trouve 72 faces, soit 1/217. Le professeur DUBOIS, sur 24.539 cas trouve 85 faces, soit 1/289. M. le professeur PINARD, dans une statistique dressée sur les registres de la Maternité, relève, sur 81.711 accouchements, 330 faces, soit 1/247. PETIT-

JEAN, sur 9.839 accouchements faits à la clinique Baudelocque, de 1900 à 1904 trouve 46 faces, soit 1/213.

En Allemagne, la moyenne indiquée par GRENSER et NŒGELÉ semble plus forte :

sur 7.035 accouchements observés à Vienne, on a 46 faces, soit 1/178 ;

sur 8.514 accouchements observés à Prague, on a 58 faces, soit 1/146 ;

sur 7.104 accouchements observés à Gotingue, on a 39 faces, soit 1/182.

Quant à la fréquence relative à chaque variété de présentation, le professeur DEPAUL, ayant relevé dans les registres de la clinique 93 faces pour 16.233 accouchements, en donne le détail suivant :

variété antérieure gauche		51
— postérieure	—	3
— —	droite	19
— antérieure	—	5

Nous même avons relevé sur les registres de la clinique Tarnier *50 faces sur 13.034 accouchements.*

Nous n'avons pu trouver l'indication de la *variété* que dans *46 cas* qui peuvent se décomposer ainsi :

variété antérieure gauche	17	soit 37,1	%
— postérieure —	2	— 4,3	%
— — droite	23	— 50	%
— antérieure —	1	— 2,1	%
— transverse gauche	3	— 6,5	%

ETIOLOGIE

Il est permis de se demander pourquoi certains fœtus, au lieu de se présenter au détroit supérieur, le sommet fléchi, comme cela arrive dans la grande majorité des cas, le présentent au contraire défléchi. Nombreuses sont les explications qui ont été données. Osiander en 1838 admet que l'enfant par suite d'une prédisposition héréditaire, porte la tête en arrière ; puis Freund, Ahlfeld, s'occupent de la question ; Deventer, le premier, met en cause l'*obliquité utérine* que nous retrouverons d'ailleurs signalée dans plusieurs des observation que nous avons pu recueillir. A cette cause admise par Baudelocque, Michaelis, Mme Lachapelle, Mathews Duncan, Winkel en ajoute un grand nombre d'autres, puisqu'il va jusqu'à en invoquer 33 ; et il ajoute que la présentatiion de la face n'est jamais déterminée par une seule cause, mais par la réunion de 2 ou 3 causes prédisposantes : les plus fréquentes

sont les *rétrécissements du bassin*, le *volume de l'enfant*, la *petite quantité de liquide amniotique*, le *ventre en besace* et l'*obliquité utérine*. Cet auteur, avec MATHEWS DUNCAN a voulu faire jouer un rôle principal aux vices de conformation du bassin.

La *parité* a également été mise en cause. SPÆTH, BRAUN, SIEBOLD croient la présentation de la face plus fréquente chez les primipares, à l'inverse de WINKEL, qui sur 420 cas trouve 260 multipares, de TARNIER, du professeur PINARD qui note 191 multipares sur 331 cas.

Sériant les causes qui peuvent être invoquées dans la détermination de cette position, on peut leur donner trois origines distinctes, l'une venant de la mère, l'autre du fœtus, la troisième des annexes fœtales.

Pour la mère, la viciation pelvienne joue un rôle important, rôle peut-être exagéré par WINKEL, mais qui n'en a pas moins une valeur certaine, et on a pu dire avec juste raison que la présentation de la la face était la présentation des bassins légèrement plats. La déflexion de la tête est nécessaire dans les bassins aplatis pour le passage au détroit supérieur, ce qui favorise la présentation de la face. COURNIOL dans 59 cas relevés à la Clinique Ternier, trouve le bassin rétréci dans 1/3 des cas. Nous-mêmes, sur 47 cas, avons trouvé 15 bassins rétrécis soit une proportion de 31.9 %,

A côté de la *multiparité* que nous venons d'étudier plus haut, on peut placer l'*obliquité de l'utérus*, ainsi que l'*inégalité de développement du segment inférieur*, signalée par BAYER.

FRITSH rappporte 2 cas dans lesquels un *myome* intra-mural a été cause de semblables présentations.

Chez l'enfant, l'*augmentation anormale du volume* a été invoquée par HECKER, WINKEL, PINARD. D'après ce dernier auteur, le poids moyen des enfants naissant par la face est supérieur de 100 gr. à celui des enfants naissant par le sommet. Cependant on pourrait remarquer que sur les 43 observations que nous avons rapportées, il y avait 6 enfants au-dessous du 2.500 gr. soit 13,9 o/o. L'influence du sexe masculin est liée, d'après Pinard, à celle du poids. La dolichocéphalie constituerait, d'après HECKER, un facteur important : dans 43 faces, il a trouvé pour le diamètre transverse une augmentation moyenne de 0,45 à 0,50 cent.

D'après cet auteur, la saillie occipitale forme un allongement du bras de levier postérieur, grâce auquel le crâne, exécutant un mouvement de bascule se défléchit.

Cependant pour TARNIER et CHANTREUIL, ces modifications de la tête seraient produites par le passage de celle-ci au travers de la filière pelvienne. Elles ne seraient plus des causes mais des conséquences.

Budin, dans sa thèse inaugurale, soutient une semblable opinion, et donne comme preuve que souvent, au bout de quelques jours, la tête a déjà repris sa forme normale. Il n'en reste pas moins vrai que dans certains cas on a pu observer une persistance de la dolichocéphalie et retrouver une dolichocéphalie héréditaire.

Enfin les *processus pathologiques* peuvent ne pas être étrangers à la détermination de cette présentation : Muggia a cité les *tumeurs du cou* ; J. Hervetson, l'*hypertrophie du corps thyroïde* ; M. le Professeur Bar, la *grenouillette*, la *méningocèle*. N'oublions pas la tendance manifeste des *acraniens* à se présenter par la face. Nous en rapportons d'ailleurs ici 3 cas.

Du côté des annexes fœtales, Baudelocque, Mme Lachapelle, Jacquemier, ont insisté sur l'*hydramnios* que nous trouvons signalée dans 4 cas de nos observations.

L'*insertion basse* du placenta peut être mise en cause. Winkel, Ahlfeld, ont signalé le rôle de la *brièveté du cordon* ; que celle-ci soit réelle ou due à des circulaires, elle empêche la tête de descendre d'aplomb sur le détroit supérieur, ou favorise la déflexion.

Quoiqu'il en soit, cette présentation de la face est-elle primitive, c'est-à-dire constituée pendant la grossesse avant tout début de travail, ou bien *secondaire*, c'est-à-dire n'est-elle qu'une modification

d'une autre présentation, modification survenue au cours du travail ?

Mme Lachapelle avait démontré que la présentation de la face était primitive ; mais cette opinion a été battue en brèche par plusieurs auteurs, et l'existence d'une présentation primitive de la face niée par quelques accoucheurs, au premier rang desquels il faut citer Baudelocque, Chailly, Hubert, Duncan, Pinard. Ce dernier auteur écrit dans le traité du palper : « Je n'admets la présentation de la face pendant la grossesse qu'à titre accidentel, et cela pour des raisons d'ordre physiologique, anatomique et clinique. » Son élève Petitjean, dans sa thèse inaugurale, dit que « la présentation de la face s'observe lorsque par suite d'une cause empêchant ou viciant l'accommodation pelvienne, pendant la grossesse, la tête est surprise au dessus du détroit supérieur par le début du travail. » Cependant, on ne peut nier l'existence de la présentation primitive de la face. Mme. Lachapelle rapporte 2 autopsies de femmes mortes à la fin de leur grossesse et ayant une semblable présentation. Nœgelé, Spielberg, Boni, Brindeau, Ribemont-Dessaigne, Fieux, le professeur P. Bar ont rapporté des cas indéniables de présentation primitive. Celles-ci à la vérité semblent être assez rares, puisque sur 50 cas observés par nous, il ne nous est pas possible d'établir une proportion quelconque. Si nous ne pouvons produire aucune observa-

tion primitive de la face, par contre, nous pouvons emprunter à une communication de M. Lequeux trois observations de présentation de la face observées par lui dans le service de M. le Professeur P. Bar, (Clinique Tarnier), présentations *précoces* de la face, suivant l'expression de M. P. Bar.

OBSERVATION I

Mme L... M..., 23 ans, primipare, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

D. R. les 13-11 août. Apparition des mouvements actifs du fœtus, le 4 janvier.

La femme commence à tousser vers le 6e mois, expectoration abondante, amaigrissement.

Elle vient consulter le 28 avril. On trouve quelques troubles respiratoires faisant craindre un début de tuberculose pulmonaire.

Au point de vue obstétrical, la femme présente un utérus développé comme pour une grossesse de 8 mois ; le pôle fœtal inférieur parait en voie d'engagement : à droite, on trouve un plan résistant avec de petits membres au fond de l'utérus, et également à droite.

Par le toucher, on arrive, à travers le segment inférieur, épais sur une partie fœtale fixée, qui présente tous les caractères d'une face encore élevée ; on atteint les yeux, le nez, la bouche ; le diagnostic de présentation de la face est confirmé par M. Bar.

Le bassin est légèrement aplati, le promonto-sous-pubien mesure 11 cent., l'excavation paraît large.

La femme se plaint de petites douleurs dans les reins.

Les jours suivants, l'examen révèle les mêmes symptô-

mes, la femme se plaint toujours de petites douleurs dans les reins et l'utérus se contracte facilement, il est tendu au toucher, le col reste fermé, mais les culs-de-sac vaginaux sont eux-mêmes tendus. Il est impossible d'obtenir, par manœuvres mixtes, la flexion de la tête, fixée au D. S... La femme, contre notre désir, retourne chez elle le 2 mai, n'ayant pas accouché. L'état est resté le même.

OBSERVATION II

CF observation N° 5.

OBSERVATION III

Mme M... L. ., âgée de 37 ans, IV pare, a eu 3 enfants d'un 1er mari ; les 3 grossesses ont été normales, et les accouchements se sont terminés par la naissance d'enfants vivants.

Les D. R. datent du 1er au 3 janvier 1907. Les premiers mouvements actifs sont apparus vers le 10 mai. Elle vient consulter à la clinique le 4 novembre, se plaignant de quelques douleurs fugaces. M. Cathala l'examine et trouve un utérus très antéfléchi, développé comme pour une grossesse à terme. La partie fœtale qui se présente, offre une saillie marquée à gauche ; un plan résistant droit, et des petits membres à droite également. Les bruits du cœur sont perçus du même côté. Par le toucher, on trouve tous les caractères d'une face ; on arrive, à travers le col, sur le nez et les yeux ; la partie fœtale est peu mobilisable et semble solidement fixée. Le promontoire est accessible, ce qui n'étonne pas, étant données les marques de rachitisme que présente la femme. M. Bar, le 5 novembre, fait le même diagnostic, et trouve, en outre un procubitus de la main. Le 5 novembre, la femme ressent les premières douleurs

dans la journée, le travail marche lentement, la P. des E. volumineuse fait saillie dans le vagin, et la partie fœtale, au lieu de s'engager, tend à fuir dans la fosse illiaque gauche. A 6 heures 1/2 S., la dilatation est complète, mais la tête reste toujours élevée, bien qu'immobilisée par les manœuvres nécessaires, dans la bonne direction.

M. Cathala rompt les membranes, et voit tomber dans sa main un cordon puis un bras procident.. Au-dessus, se trouve l'extrémité céphalique, toujours défléchie et immobilisée ; on arrive sur les yeux, le nez et la bouche. Version podalique, et extraction d'un enfant vivant de 3.680 grammes, dont la tête tend toujours à se mettre dans l'extension, mais sans présenter de déformations. Délivrance normale. S. de C. normales.

On ne peut donc observer des présentations de la face avant le début du travail vrai, de cette période horaire, plus ou moins longue, qui se termine par l'expulsion du fœtus. Si les cas de présentation de la face réellement primitive sont extrêmement rares, car ils sont limités à des cas de malformation etc .., il est infiniment probable que les présentations *précoces* sont beaucoup plus fréquentes qu'elles ne le paraissent. Il faut, en effet, tenir compte de ce fait, que la grande majorité des femmes arrivant à la Clinique avec un début de travail, ont négligé de se faire examiner auparavant. Ceci nous explique pourquoi la présentation précoce n'a pas été observée plus souvent.

D'aillleurs, que ces présentations soient tardives ou précoces, elles évolueront de la même façon et subiront les mêmes influences.

ÉVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT

MÉCANISME NORMAL

Comme pour les présentations du sommet, on peut diviser théoriquement l'évolution de l'accouchement par la face en six temps : le tassement, l'engagement, la rotation, le dégagement, la rotation externe, l'expulsion du tronc.

Le premier temps est constitué lorsque le menton s'éloigne du sternum, quand l'occiput se rapproche du dos, pour venir plus tard en contact avec celui-ci. Les causes de cette déflexion ont été exposées en détail avec l'étiologie de la présentation. En effet, dès ce temps, la présentation est déterminée et ne change plus.

Quand la déflexion s'est totalement effectuée, le diamètre Mento-Rétro-Bregmatique trop long (13,5) a disparu pour faire place au diamètre sous-Mento-Bregmatique qui n'a que 9 1|2 et passera par consé-

quent avec facilité dans le diamètre oblique du bassin qui mesure 12. Tandis que le sommet fœtal est poussé de haut en bas par les contractions utérines, la résistance du bassin le repousse au contraire de bas en haut ; or, comme l'axe de la colonne vertébrale est plus rapproché du menton que du vertex, l'occiput se rapproche du dos, et le menton descend en avant.

Le deuxième temps est constitué par l'engagement de la face : la tête est fixée et rendue solidaire du tronc ; elle reçoit donc intégralement toutes les forces que lui transmet l'utérus, mais seulement quand la tête est bien défléchie, car autrement la solidarité de la face et du front n'existe plus et la transmission des forces s'effectue suivant un axe coudé. Si donc, la tête seule devait passer, elle effectuerait la descente avec la plus grande facilité quand elle est bien défléchie. Mais il faut remarquer que le thorax vient augmenter de toute son épaisseur la longueur du diamètre propre de la tête.

Enfin, lorsque l'occiput doit arriver dans le bassin, il est doublé par la poitrine ; le deuxième temps, ou temps de descente, est arrêté par cette impossibilité et ne pourra se terminer que lorsque le troisième temps ou temps de rotation, se sera effectué. L'engagement est en effet limité par la longueur du cou ; le mouvement de rotation est analogue au troisième temps de l'accouchement par le sommet et il est lié aux mêmes causes. A la fin du deuxième temps le grand diamètre de la tête ou

diamètre mentobregmatique occupe un diamètre oblique. Pour s'accommoder, la tête devra donc effectuer un mouvement de rotation de telle sorte que le menton arrive sur la symphyse. Il va alors se servir de celle-ci comme point d'appui pour effectuer le quatrième temps, ou temps de flexion, de dégagement.

A ce moment, le bregma répond au coccyx, la région hyoïdienne au bord inférieur de la symphyse pubienne ; la tête, pour se dégager, doit suivre une direction dont l'axe décrira une courbe irrégulière à concavité supérieure ; la tête va se fléchir, le menton s'élèvera en même temps vers le mont de Vénus, et la vulve s'entrouvrant, laissera apparaître successivement : la bouche, le nez, les arcades orbitaires, le front, le vertex, l'occiput enfin qui paraîtra le dernier.

Une fois la tête dégagée, celle-ci exécute un mouvement de rotation externe (5e temps), qui correspond à la rotation intérieure des épaules : celles-ci, à ce moment, se disposent, en effet, l'une en avant, l'autre en arrière, afin de pouvoir se dégager.

L'expulsion du tronc est le sixième temps de l'accouchement.

Voyons, maintenant, ce qui se passe en clinique :

La présentation de la face est une présentation du sommet défléchi ; mais, au début du travail, de même que dans les présentations du sommet, la tête est mal fléchie, dans celle de la face, la tête est

mal défléchie, la déflexion est incomplète. Elle présente au détroit supérieur un diamètre mento-occipital très grand, de 12 centimètres. La tête non engagée est en transverse. Mais, au début du travail, il n'est aucun point du détroit supérieur avec lequel le menton ne puisse se trouver en rapport ; pour chacune de ces positions fondamentales, droite et gauche, on trouvera tous les degrés d'obliquité, soit des variétés antérieures, transversales, postérieures, et leurs intermédiaires. Il va y avoir alors réduction et orientation. La présentation se défléchit davantage, parfait son attitude, et elle substitue au diamètre mento-occipital de 12, son diamètre sous-mentobregmatique qui n'a que 9,5 ; en même temps, elle s'oriente, elle effectue un mouvement de rotation de 45° soit en avant, soit en arrière, mouvement provoqué d'une part : par la pression de l'utérus vers le bas, d'autre part : par la résistance de l'arc antérieur du bassin sur lequel elle tourne.

Dès lors, nous distinguerons deux variétés : les mento-antérieures et les mento-postérieures. Pour les premières, il est évident que la rotation se fait avec une grande facilité, puisque le chemin à parcourir pour l'effectuer n'est que de 45°. Pour les postérieures nous verrons plus tard qu'il n'en est pas du tout de même.

Dans les variétés antérieures, la tête s'engage par progression simple et par accentuation de la dé-

flexion, accentuation relativement aisée grâce à la concavité intérieure du sacrum, qui logera facilement l'occiput. Plus elle descend dans la filière pelvienne, plus elle exagère la caractéristique de sa présentation, la déflexion : le dégagement ne s'effectue qu'une fois la rotation terminée, il se fait par flexion finale de la tête.

Dans les variétés postérieures, on comprend aisément que l'engagement par progression soit beaucoup plus pénible, plus difficile, et qu'il soit même bientôt arrêté dans sa marche : tout l'espace donné dans le bassin par la concavité du sacrum est perdu, et comme il est impossible au fœtus d'engager simultanément l'occiput et le haut du tronc, il serait nécessaire que le cou du fœtus mesurât 18 centimètres au moins pour que l'accouchement pût se faire en mento postérieure. Dès lors, on se trouve acculé devant ce fait : Pour qu'une femme ayant un fœtus en face, variété mento-postérieure, puisse accoucher, il est de nécessité absolue que la tête tourne en avant, que la présentation variété postérieure se transforme en variété antérieure. Rotation pénible, de grande étendue, puisqu'elle embrasse un arc de cercle de 135°, entraînant avec elle tous les dangers de la grande rotation lorsque l'on est obligé de la produire artificiellement. Même quand elle se produit spontanément, elle entraîne avec elle des douleurs subintrantes, pouvant être suivies d'*inertie utérine* et d'arrêt du travail ou, au contraire, de *rupture utérine*. Souvent, l'*infection*

sera due à la lenteur du travail, infection atteignant parfois la mère, surtout l'enfant.

Or, nous avons vu, en étudiant la fréquence relative des variétés de la présentation de la face, que la variété antérieure se rencontrait seulement dans 39,3 o/o des cas, ce qui explique pourquoi les anciens auteurs redoutaient tant la face.

Mais les phénomènes de l'accouchement ne se réduisent pas seulement à des phénomènes maternels : la tête du fœtus subit au cours de son passage dans la filière pelvienne de profondes modifications. Les diamètres verticaux de la tête se réduisent tandis que les diamètres antéro-postérieurs s'allongent : la face est projetée en avant, l'occiput rejeté en arrière, l'extrémité supérieure de la tête, si saillante dans les présentations du sommet, s'enfonce : à la place de la saillie on peut, immédiatement après l'accouchement, constater la présence d'une dépression, d'un enfoncement que l'on a comparé à une selle turcique. Nous avons noté, dans les observations que nous rapportons, les diamètres de la tête fœtale pris immédiatement après la naissance et on pourra contrôler cette déformation.

DIAGNOSTIC

Quoiqu'il soit établi, d'une façon indiscutable que la présentation primitive de la face existe, il n'en est pas moins vrai que dans la pratique on n'aura à diagnostiquer cette présentation qu'au début du travail.

Sur les 50 cas que nous avons réunis, nous n'en relevons qu'un (observation V) dans lequel le diagnostic fut posé avant le travail, encore la femme avait-elle eu déjà quelques douleurs. Peut-être cela est-il dû au nombre encore trop restreint de femmes venant se faire examiner avant le début du travail.

Etant donné que la présentation primitive est une rareté, nous chercherons comment poser le diagnostic de cette présentation chez une femme en travail. Le palper peut alors, à lui seul, faire faire le diagnostic, il doit en tout cas faire penser à celui-ci. « Si l'on pose les mains de chaque côté de

l'ovoïde fœtal, on sent, dit le professeur PINARD, une grosse tumeur au-dessus, au niveau, au-dessous du détroit supérieur, suivant la période du travail. Cette tumeur paraît n'occuper qu'un côté ou plutôt qu'une moitié du petit bassin, très arrondie, très volumineuse, très accessible d'un côté, elle manque de l'autre. » Cependant BUDIN, dans sa thèse inaugurale insiste sur ce fait que l'on peut, dans certains cas, sentir une saillie en forme de fer à cheval, nettement caractérisée, et constituée par le maxillaire inférieur et le menton.

Au-dessus de l'occiput, on sent une dépression, surmontée d'un plan résistant formé par le dos. Cette dépression considérable, forme un véritable coup de hache, très facile à sentir, par le palper ; elle forme un véritable sinus caractéristique qui, dit TARNIER, a permis d'établir sûrement le diagnostic chaque fois qu'il l'a rencontré. Enfin, les petits membres, facilement accessibles, occupent le fond de l'utérus, presque toujours logés dans une corne utérine.

Pour le reste des renseignements que le palper pourra fournir, ce seront les mêmes que dans les présentations du sommet.

L'auscultation servira de moyen de contrôle pour déterminer la variété et le genre de la présentation. Dans les antérieures principalement, les bruits du cœur sont entendus avec une netteté remarquable ; le foyer d'auscultation dans les mento-illiaques gau-

ches antérieures, se trouve près de la ligne médiane et à gauche. Dans les MIGP, il est situé également à gauche, mais plus en arrière. Dans les droites, les bruits du cœur sont moins nettement perçus : dans les MIDA il est à droite de la ligne médiane ; dans les MIDP il se trouve sur une ligne joignant l'épine iliaque antérieure et inférieure droite à l'ombilié. Pour Auvard, on pourrait, dans certains cas, et comme dans les OGIP trouver un second foyer d'auscultation.

Enfin, lorsque la tête est complètement engagée, et par conséquent la face en mento-antérieure, le foyer d'auscultation, particulièrement intense, est situé près de la ligne médiane, à droite ou à gauche, et un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, le fait d'une présentation élevée, d'une poche des eaux un peu plus saillante et volumineuse dans les présentations du sommet feront penser immédiatement à la présentation de la face. Le doigt, pénétrant dans le segment inférieur de l'utérus, en passant au travers du col déjà entrouvert ou seulement perméable, reconnaîtra facilement : la suture intercoronale, aboutissant à la fontanelle antérieure d'une part, à la racine du nez de l'autre ; cette racine du nez, flanquée de chaque côté par les arcades orbitaires, la pyramide nasale, terminée à sa base par deux orifices symétriques ; l arc maxillaire supérieur. Ici, pas de doute possible, pas d'erreur facile, en aucun autre point du

corps on ne trouvera deux orifices symétriquement placés l'un à côté de l'autre ; lorsqu'on a donc reconnu les narines, le maxillaire supérieur, le menton, le diagnostic est posé d'une façon irréfutable. Par la direction des narines, par la position du nez, il est facile, quand il y a de l'œdème, de déterminer l'orientation du menton, et de le trouver ainsi, afin de diagnostiquer la variété et le genre de la présentation.

Mais autant ce diagnostic est facile au début du travail, autant il devient difficile au fur et à mesure que le travail se prolonge : la bosse séro-sanguine se forme aux dépens des joues du fœtus. Toute cette région, riche en tissu cellulaire s'infiltre avec une grande facilité et simule à s'y méprendre les fesses, d'où l'erreur classique qui consiste à prendre une présentation de la face pour une présentation du siége décomplété mode des fesses ou inversement.

Cependant, si l'on explore avec soin la région accessible au doigt, on reconnaîtra la racine du nez, point pour ainsi dire absolument dépourvu de tissu cellulaire chez le fœtus, et qui par conséquent, ne se laissant pas déformer, permettra d'établir un diagnostic ferme.

PRONOSTIC

Ce n'est guère que depuis les travaux de Boer, Chevreul, Mme Lachapelle, qu'il fut admis que les présentations de la face pouvaient se terminer d'une façon spontanée presqu'aussi souvent que les présentations du sommet. Cependant, on est actuellement d'accord pour admettre la nécessité de l'intervention beaucoup plus souvent que dans celles-ci. Dans la statistique que nous présentons, sur 50 cas, nous trouvons 39 accouchements spontanés, soit 78,0 o/o, 5 forceps soit 10 o/o, 4 versions soit 8 o/o et 2 autres opérations soit 4 o/o.

La mortalité maternelle fait-elle défaut ? Oui dans les cas que nous rapportons, mais il faut bien remarquer que dans les cas qui ont servi de bases à ce travail, les parturientes ont été l'objet d'une surveillance attentive et que l'on a paré à un accident redoutable entre tous, la rupture du segment infé-

rieur de l'utérus, en se tenant prêt à intervenir dès la première menace : mais ce danger n'en existe pas moins, et on a pu l'observer. H. Peters sur 112 présentations de la face observées à la clinique de Braun, relève 2 cas de mort par rupture utérine, et 3 par péritonite, soit 5 cas, ce qui fait 4,09 o/o. Cournol sur 59 cas observés à la clinique Tarnier note 1 mort, soit 1,6 o o. Quant à l'infection maternelle, nous avons relevé 3 cas sur 50 soit 6 o/o. Infection qui sera due à l'extrême lenteur du travail dans certains cas, (24 h. et plus dans 20 o/o des cas), à la rupture précoce de la poche des eaux, aux déchirures multiples auxquelles est exposée la femme au moment des interventions ; somme toute, pronostic généralement favorable, assombri seulement lorsqu'on a à intervenir pour terminer l'accouchement.

Pour l'enfant, le pronostic est tout différent : H. Peters dans la statistique précédemment citée, relève 20 morts-nés et 3 enfants morts peu après l'accouchement ; ce qui fait 23 décès soit 18,8 o/o. Cournol sur 59 cas non expurgés compte 22 morts soit 38,9 o/o. Nous-mêmes sur les 50 cas trouvons 10 morts, soit la proportion considérable de 20 o/o, et ceci s'explique par les difficultés qu'éprouve le fœtus à se frayer un passage à travers la filière pelvienne. Il doit supporter pendant de longues heures une pression considérable due aux contractions utérines ; les vaisseaux du cou sont comprimés entre les muscles du cou tendus à l'extrême, et les

bords de l'orifice utérin souvent rigides et œdématiés ; le cordon, souvent enroulé autour du cou, peut être comprimé entre l'occiput et le dos, ou pincé, par suite d'une procidence, entre le segment inférieur et le fœtus. Les hémorragies méningées sont fréquentes. Enfin, si l'enfant est vivant, il peut porter (ainsi qu'il a été noté dans les observations IX et XII) des excoriations des téguments de la face qui vont constituer autant de portes d'entrée et être fréquemment le point de départ d'un érysipèle toujours grave. Il est exposé plus que tout autre, par la nature même de la présentation, si sa mère est sous l'influence du gonocoque, à être atteint d'ophtalmie grave ; il peut encore, pour peu que la période d'expulsion soit un peu longue, faires quelques mouvements de succion, absorber un liquide amniotique infecté, les sécrétions vaginales, toutes choses nous expliquant la gravité et la fréquence des accidents pulmonaires et bronchiques que l'on observe chez ces enfants, et avant tout la broncho-pneumonie. Enfin, le fœtus court le plus grand danger au moment des interventions, danger venant de ce fait même que pour effectuer la rotation, on est souvent obligé, afin d'empêcher le glissement et la rotation du forceps, de serrer fortement la vis de serrage de cet instrument. Enfin, dans certains cas, lorsque l'enfant souffre, qu'il y a menace de rupture utérine, que le forceps a échoué, il ne reste plus qu'à condamner le fœtus, et à l'extraire par crânioclasie.

Le pronostic de la face peut donc se résumer de la façon suivante : bénin pour la mère, bénin pour l'enfant quand la tête tourne, très mauvais quand la rotation ne se fait pas.

THÉRAPEUTIQUE

En présence d'une présentation de la face diagnostiquée, quelle sera la conduite à tenir ?

1° Présentation primitive. — Dans ces cas, très rares ainsi que nous l'avons vu, il sera légitime de tenter, par des manœuvres externes, la présentation de la face en sommet. Schatz entre autres a même décrit un manuel opératoire qui ne semble donner, en pratique, que très rarement des résultats.

2° Présentation secondaire. — a) *Au début du travail.* — Si l'on reconnaît la présentation de la face avant l'engagement, pendant la période préparatoire à celui-ci, alors que la tête est encore mobile, que la poche des eaux est encore intacte, ou que le liquide amniotique est encore en quantité notable dans l'utérus, une intervention s'impose ; aucune hésitation n'est possible ; c'est à

la version podalique par manœuvres internes, et à la version seule que l'on doit s'adresser. Nous rejetterons donc la manœuvre de Baudelocque qui, introduisant la main dans les organes génitaux, allait à la recherche de l'occiput et essayait de l'abaisser et par conséquent de fléchir la tête.

M. Pinard a préconisé pour la transformation de la présentation une manœuvre mixte, interne et externe, qui lui aurait donné de bons résultats. Cependant, il ne faut pas oublier que la main peut provoquer chez le fœtus des réflexes respiratoires, que l'on risque de déterminer une procidence de cordon, et surtout que si la manœuvre échoue, si l'on ne parvient pas à fléchir complètement la tête, on se trouvera en présence d'une présentation autrement grave que celle que l'on voulait éviter, d'une présentation du front, dont on ne se rend pas maître aisément.

b) *Au cours du travail.* — Lorsque la tête est engagée, les membranes sont souvent déjà rompues; en effet, la tête appuyant mal a laissé filtrer entre elle et la paroi utérine du liquide amniotique qui a formé une poche des eaux saillante et celle-ci se rompt fréquemment avant la dilatation complète. Ici, il ne peut plus être question de version, la tête est enclavée, et ne peut remonter. On doit donc attendre et espérer que la rotation se fera spontanément. Rotation aisée dans les antérieures, difficile dans les postérieures, mais qui se produit

néanmoins fréquemment puisque nous avons vu que si l'on ne rencontrait les variétés antérieures que dans 39,2 o|o des cas, l'accouchement spontané se faisait cependant dans 78 o|o des cas.

Il est donc nécessaire d'attendre aussi longtemps que possible avant de se décider à intervenir. Si l'accouchement se termine spontanément, le rôle de l'accoucheur se réduira à soutenir le périnée de la femme, à maintenir assez longtemps la tête défléchie en appuyant sur la voute palatine du fœtus avec le doigt, afin de faciliter le dégagement

Si la rotation tarde à se faire, si l'on constate que la face reste obstinément en postérieure ou en transverse, si le fœtus souffre, si la dilation est complète, on tentera la rotation à l'aide du forceps, rotation que l'on aura pu essayer à l'aide de deux doigts introduits dans la bouche de l'enfant. La rotation avec le forceps s'effectuera toujours plus ou moins péniblement, souvent avec de grands efforts. Il importe dans les applications de forceps en mento-postérieure, de se rappeler ce qui a été dit par Tarnier en 1882, relativement aux applications de forceps dans les prises postérieures : on tend avec l'extrémité du forceps, à abaisser l'occiput au lieu du menton, on enclave donc l'extrémité céphalique. Aussi, dès la prise faite, faut-il faire tourner la tête et seulement après, tirer. Ce n'est pas ici la place de décrire le manuel opératoire de la prise de forceps, nous nous contenterons seulement de rappeler qu'il est impossible, ainsi que l'ont démon-

tré Bufnoir et Chalochet, à l'instigation de M. le professeur Bar, de saisir la tête suivant l'axe idéal de Farabeuf et Varnier. On la saisira pour les antérieures, suivant un axe passant au niveau de la racine du nez ; pour les postérieures, les cuillers seront placées à égale distance du sous-menton et du bregma.

Mais dans les postérieures, et surtout dans les traverses, la rotation pourra n'être obtenue qu'au prix des plus grands sacrifices demandés à la mère. Les parois vaginales, entraînées par les forceps, sont déchirées, désinsérées, l'urètre peut être atteint, et tout cela le plus souvent pour un enfant qui ne vivra pas. Cette intervention, réputée à juste titre pour dangereuse et pénible, se termine parfois par une crânioclasie.

Quelle conduite tenir si le fœtus est mort ? On a vu que le seul obstacle qui s'opposait à la descente était que la voûte du crâne, augmentée de la partie supérieure du thorax, offrait au détroit supérieur du bassin un diamètre beaucoup trop considérable. Or, nous avons un excellent moyen de diriger ce diamètre : c'est d'aplatir la tête. On se servira, pour celà du crânioclaste, instrument idéal dans ce cas car, véritable pince à os, après avoir broyé la tête, il nous fournira un tracteur extrêmement solide. On pourra même, en cas de menace de rupture utérine avec souffrance fœtale, être amené à sacrifier le fœtus et à pratiquer sur lui la crânioclasie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

1907.– *Promontoire accessible.* – Durée du travail : 9 h. 20.

N° 1509 L..... Jeanne, II pare, A. H. rien de particulier. A. P. a marché à 1 an, bronchite soignée chez elle en 1907.

Réglée à 16 ans régulièrement.

1re grossesse à 24 ans (1897), terminée spontanément à terme, garçon mort à 5 mois de diarrhée verte. 2e grossesse actuelle père différent. D. R. fin janvier 1907.

Evolution normale de cette grossesse, n'a jamais consulté.

17 novembre, 5 h. du soir, apparition des douleurs, la malade vient à la clinique où elle est admise à la salle de travail.

Examen général : femme de petite taille. Au palper : au D. S. on sent une masse dure, volumineuse, qui occupe

plus particulièrement le côté droit, et qui est ronde : au-dessus de cette masse, il existe une dépression très marquée, c'est le sillon du cou. On sent difficilement le dos. A droite, on sent les petits membres ; présentation de la face en G. T. les bruits du cœur sont bons. Au toucher, dilatation de 2 cm. Membranes intactes. On arrive sur le front, les yeux, le nez, le maxillaire supérieur. Le promontoire est accessible.

Examen des urines : Albumine.

18 novembre, 1 h. 30 m., toucher : dilatation du col, comme une petite paume de main. Le doigt à ce moment arrive presque sur le menton qui est situé à l'extrémité du diamètre transverse et à gauche. Membranes intactes : B. du C. bons.

2 h. 10 m. La poche des eaux arrive à la vulve. Au toucher, dilatation complète.

A ce moment, la tête est sur le plancher périnéal et y opère son mouvement de rotation. Le menton se place sous la symphyse pubienne.

La tête se dégage spontanément, les épaules et le tronc suivent sans difficulté. Fille vivante 2650 gr.

Périnée intact.

Délivrance naturelle et complète. 460 gr.

L'enfant quand on l'examine et qu'on lui fait fléchir la tête la reporte rapidement en arrière.

26 novembre. La malade part. S. de C. normales.

L'enfant a progressé trop vite, part avec des selles vertes ; on conseille d'espacer les tétées. Poids 2875 (215 grammes en 9 jours).

OBSERVATION II

1907. — *Faux promontoire, hydramnios.* — Durée du travail : 10 h. 30

N° 1572. M..... Marie, 30 ans. III pare. Réglée régulièrement à 15 ans, n'a jamais été malade.

1re grossesse terminée à terme, enfant mort.

2e grossesse à terme, accouchement spontané, enfant vivant.

3e grossesse actuelle D. R. 18 février. N'a jamais consulté pendant sa grossesse.

29 nov. 2 h. m. contractions douloureuses. 4 h. m. la malade est admise à la clinique.

Examen de la parturiente — femme de taille moyenne, squelette normal.

Utérus très volumineux atteint l'appendice xyphoïde. La paroi utérine est tendue, difficile à déprimer. Sensation de flot très nette. Par le palper on ne peut faire le diagnostic de la présentation.

Auscultation : B. du C. bons perçus à droite de la ligne médiane au niveau de l'ombilic. Rupture spontanée de la P. des E. quand la malade se couche ; il s'écoule un très grande quantité de liquide teinté de méconium. Au toucher, l'excavation est vide. Au D. S. on sent les globes oculaires.

4 h. 30 m. le col est revenu sur lui-même après la rupture de la P. des E. il est dilatable comme 5 fr. On sent très haut, de droite à gauche : le front, les globes oculaires, le nez ; on n'arrive pas jusqu'à la bouche ; pas de procidence du cordon.

Le doigt n'atteint pas le promontoire, mais un faux pro-

montoire formé par les 1re et 2e sacrées. Les B. du C. sont sourds par moments, mais à d'autres moments sont bien frappés.

5 h. 15 m. les B. du C. sont difficilement perçus, ils sont sourds et par moment on ne les entend pas. M. le chef de clinique Cathala pratique le toucher.

Même dilatation, pas d'engagement ; la tête semble cependant être descendue un peu plus et s'être défléchie. On essaie d'exagérer la déflexion avec 2 doigts de la main droite placés dans la bouche en même temps que la main gauche repousse l'occiput à travers la paroi abdominale. Il semble que la tête se défléchisse un peu.

5 h. 30, les bruits du C. sont sourds et ralentis. M. Cathala songe à mettre un ballon pour achever la dilatation et intervenir, mais par le toucher, il constate que la tête commence à s'engager et appuie sur le col. Il serait impossible de placer un ballon. Quelques instants après les bruits du C. redeviennent bons et on décide d'attendre. Les contractions utérines sont régulières.

L'auscultation pratiquée fréquemment ne révèle plus à aucun moment de modification.

11 h. 30 m. dilatation complète.

Midi 30, expulsion spontanée d'une fille vivante du poids de 4080 gr. Il existait un circulaire lâche qui a été passé sur la tête.

Midi 50, délivrance naturelle, poids du placenta 700 gr. Périnée intact, urines normales.

9 décembre. S. de C. normales enfant bien portant 4150 grammes.

OBSERVATION III

1908. — Durée du travail : 35 heures

N° 155. R... Marie, 25 ans. 1pare.

A marché à 18 mois, réglée à 18 ans, régulièrement. Rougeole à 5 ans, soignée pour anémie.

Entre à la salle de travail le 30 janvier, à 10 heures soir.

Examen : utérus développé normalement, on sent la tête au détroit supérieur. B. du C. bons, perçus à droite. Au toucher col dilatable comme 2 fr. Membranes intactes, la partie fœtale qui se présente s'engage ; on sent dans le diamètre oblique gauche la bouche, les arcades alvéolaires, les narines, la racine du nez, les globes oculaires. On atteint très difficilement la fontanelle postérieure. Présentation de la face en M. I. G. A,

10 heures matin, dilatation d'une petite paume de main. B. du C. bons. La dilatation reste stationnaire jusqu'à 2 heures soir.

2 heures 30 soir, dilatation d'une grande paume de main. Les contractions qui étaient très espacées deviennent de plus en plus fréquentes, la face appuie sur le plancher périnéal et accomplit sa rotation en avant. Dégagement par flexion Enfant du sexe masculin. 3.000 gr. Crâne très allongé d'avant en arrière. Bosse séro-sanguine sur les joues, paupières et lèvres très tuméfiées, de coloration violacée.

Délivrance naturelle et complète. Poids 500 gr. dégénérescence graisseuse et calcaire.

10 février, S. de C. normales. Enfant bien portant, 3000 grammes.

OBSERVATION IV

1908. — *Bassin rétréci.* — Durée du travail : 12 heures 1/4

N° 206. H... Suzanne, 21 ans, Ipare.

A. P. a marché à 8 mois, puis, à la suite d'une chute reste 2 mois sans marcher. A 4 ans, la malade est atteinte d'incurvation des membres inférieurs et reste de nouveau quelques mois sans marcher.

Réglée régulièrement à partir de 13 ans, a une suspension des règles pendant 3 mois à 17 ans. A cette époque elle est atteinte d'une pleurésie gauche pour laquelle elle est soignée dans le service de M. le docteur Vaquez pendant un mois.

Examen à l'entrée le 9 février.

La malade, de petite taille, a une incurvation marquée des membres inférieurs. Lorsqu'on réunit les deux malléoles, on constate qu'il n'y a aucun point de contact entre les membres inférieurs qui sont distants, l'un de l'autre, de 2 à 3 centimètres. Au palper, tête mobile en bas, dos à droite. B. du C. bons. Au toucher, faux promontoire bas situé, promontoire vrai plus élevé. Diamètre promonto-pubien 9,3 (déduction faite). On suit facilement le pourtour du bassin avec le doigt ; bassin généralemeut rétréci.

La tête n'est pas engagée, le doigt arrive sur le front, l'œil droit et le nez, l'autre œil est tout à fait en avant. La poche des eaux, intacte, bombe au moment des contractions, dilatation du col, 2 fr.

9 heures soir, col dilaté comme 5 fr., la tête a tendance à se défléchir, on arrive sur les deux narines et sur la lèvre supérieure.

10 février, minuit 5, la tête, complètement défléchie, vient de s'engager, col dilaté comme la paume de la main.

1 heure 40, rupture spontanée de la P. des E., douleurs fréquentes, 1 heure 45, dilatation complète. la tête effectue sa rotation ; le menton vient se placer sous la symphyse pubienne.

2 heures matin, expulsion spontanée d'une fille V. de 2.780 grammes.

2 heures 45, délivrance naturelle complète, poids du placenta, 570.

Le périnée, légèrement déchiré est suturé par 2 points de catgut placés superficiellement.

Le 20 février, S. de C. normales, enfant bien portant, 2.930 grammes.

OBSERVATION V

1908. — *Angle accessible.* — Durée du travail : 18 heures

N° 209. C... Marie, 27 ans. Ipare.

A marché à 15 mois. Réglée à 14 ans, irrégulièrement. Pas de passé pathologique. 1re grossesse terminée par une application de forceps sur enfant vivant à terme.

D. R. le 25 avril. — Evolution normale de la grossesse, le 7 février, à 4 heures soir, la malade ressent quelques douleurs, elle vient consulter.

Examen de M. Cathala : Col perméable — angle accessible — on arrive sur le nez — urines normales — B. du C. bons.

10 février, 11 soir, les douleurs réapparaissent, la malade vient à la clinique.

Le 11 février, à 8 heures matin, examen : utérus normalement développé, au palper : tête mobile au D. S... On sent, à gauche, une saillie formée par l'occiput, et au-dessous le sillon du cou. On sent difficilement le dos à gauche. Petits membres à droite. B. du C. bons. Au toucher, dilatation comme 2 fr., membranes intactes. On arrive sur les yeux, le nez, le maxiliaire supérieur.

Midi, rupture spontanée des membranes. Il s'écoule une grande quantité de liquide.

3 heures soir, dilatation d'une petite paume de main, la tête tend à se défléchir complètement, contractions très rapprochées. B. du C. bons.

5 heures 20 soir, la face apparaît à la vulve ; elle se dégage en une seule contraction. Expulsion d'une fille V. 3.200 grammes, présentant une bosse séro-sanguine peu accentuée sur les joues et le front. Dolichocéphalie.

6 heures soir, délivrance naturelle et complète, poids du placenta 600 grammes, cotylédons presque séparés.

Chez l'enfant, suture et fontanelle très espacées.

20 février, S. de C. normales. Enfant bien portant, 2.230 grammes.

OBSERVATION VI

Durée du travail : 8 heures.

1908.— N° 313. G..... Louise, 27 ans. II pare, a marché à 11 mois. Réglée à 15 ans irrégulièrement Dans l'enfance rougeole et coqueluche, fièvre typhoïde à 9 ans. 1re grossesse : un avortement de 4 mois 1/2.

D. R. du 20 mai.

2 mars 11 h. s. la parturiente arrive à la Clinique, ayant d'assez fortes contractions. Examen : utérus développé comme pour une grossesse à terme, un peu volumineux. Au palper, tumeur volumineuse dans la fosse iliaque gauche ne se continuant pas directement avec le plan résistant du dos, on sent, au fond et à gauche de l'utérus, une grosse partie fœtale, que l'on prend pour le siège, à droite, les petit membres. B. du C. nettement perçus à droite. Au toucher, dilatation de 5 fr., membranes rompues. On arrive directement sur le nez, puis en remontant à gauche, on perçoit les globes oculaires et plus haut la fontanelle antérieure. Présentation de la face en M. I. D. P.

3 mars 2 h. m. Dilatation complète, la parturiente fait des efforts expulsifs, le menton apparait à la vulve, les contractions sont énergiques et bientôt la tête entière se dégage. Le tronc est extrait sans difficulté, à 2 h. 50 m. fille V. poids 3650 gr.

3 h. 20 m. délivrance naturelle et complète, poids 620 gr. lésion superficielle du périnée, 2 points en catgut.

13 mars S. de C. normales. L'enfant a eu la diarrhée verte, part amélioré, poids à la sortie : 3440 gr. (perte 190 gr.)

OBSERVATION VII

1908. — *Présentation du front en Max. D T, déflexion en face dans l'excavation.* Durée du travail : 7 heures.

28 sept. — N° 1248. B..... Marie, 31 ans, II pare réglée à 14 ans régulièrement. D. R. I. au 4 janvier 1908, grossesse à terme en 1907 enfant bien portant.

Se présente à la clinique le 28 septembre, est admise à la salle de travail. Femme de taille moyenne ne présentant pas de signe de rachitisme.

Rupture prématurée des membranes le 27 septembre. Utérus développé comme pour une grossesse de 8 mois 1/2, palper difficile utérus appliqué sur le fœtus. B. du C. bons.

Au toucher : on sent à droite une saillie dure et régulière qui est le nez et une partie molle ne présentant aucun caractère qui est le front. A gauche dans le diamètre transverse, on trouve la fontanelle antérieure. Tête mal ossifiée. Face mal défléchie. Contractions très rapprochées.

5 h. 30 28 septembre, dilatation presque complète, présentation de la face, la tête s'est défléchie, la lèvre antérieure du col est très œdématiée, la parturiente fait des efforts expulsifs avant la dilatation complète.

6 h. expulsion d'un garçon V. poids 2930 présentant une bosse séro-sanguine très volumineuse sur la face.

Diamètres : OM 13,6. — OF 13,6. — SOB 10. — SOF 12,5. — BIP 10. — BIS 8. SMB 12, la mère et l'enfant sortent en bon état le 7 octobre 1908.

OBSERVATION VIII

1908. — *Bassin légèrement retréci, promontoire accessible non mesurable.* Durée du travail : 14 heures.

1663. L..... Victorine, 30 ans IV pare.

La malade ne sait à quel âge elle a marché, réglée à 14 ans régulièrement, 3 grossesses antérieures toutes terminées à terme spontanément. La dernière grossesse a été marquée par des suites de couches pathologiques (phlébite) pour lesquelles la malade reste alitée 2 mois.

D. R. du 5 au 10 mai.

14 décembre 10 h. s. La malade se présente à la clinique où elle est admise à la salle du travail. Examen : varices des membres inférieurs siégeant à la partie supérieure des pieds. Utérus très développé : hauteur 38 cent. bien que la parturiente ait perdu de l'eau chez elle. Elle raconte avoir perdu du sang au début de sa grossesse. Au palper sommet mobile. B. du C. bons. Au toucher : promontoire accessible au loin. Col dilatable de 2 fr. membranes rompues au-dessus de l'orifice, sommet très élevé. La parturiente perd du liquide toute la nuit.

7 h. m. même dilatation ; la tête est fixée. On arrive aisément sur la fontanelle antérieure, le nez et les globes oculaires.

Midi. L'extrémité céphalique se présente défléchie, on arrive aisément sur les yeux, le nez et le maxillaire inférieur ; on n'atteint pas la fontanelle antérieure. La dilatation est de 8 cent. environ ; le segment antérieur n'est pas intimement appliqué sur la face, le menton regarde à l'extrémité droite du diamètre transverse, la rotation ne s'est pas encore effectuée.

1 h. 15 s. la dilatation est complète, la face opère son mouvement de rotation très rapidement et sans qu'on ait l'occasion de le contrôler.

2 h. s. expulsion d'une fille V. poids 3250 gr.

2 h. 15 s. délivrance naturelle et complète, poids du placenta 530 gr.

La tête de l'enfant présente un allongement très marqué du diamètre occipo-frontal avec applatissement du diamètre SOB. La face est tuméfiée, la lèvre supérieure saillante et violacée ; le fœtus conserve l'attitude défléchie de la tête.

25 décembre. S. de C. normales, enfant bien portant, poids 2950 gr. Il conserve une déflexion manifeste de la tête.

Diamètres de la tête à la naissance et le jour de la sortie :

OM 12,6 — 13,2 OF 12 — 12 SOB 8,2 — 9 SOF 10,2 BIP — 10,5 BIT 8 SMB 10 — 10.

OBSERVATION IX

1908. — *Promontoire accessible.* Durée du travail : 11 h. 45

N° 1743 L..... Adèle 19 ans, I pare.

A marché à 1 an. Réglée régulièrement à 13 ans ne peut indiquer l'époque de ses dernières règles, a eu des vomissements pendant les premiers mois de sa grossesse.

Arrive à la clinique le 31 décembre à 11 h. m.

Examen : femme de taille moyenne ne présentant rien de particulier. Partie fœtale élevée B. du C. bons.

11 h. 30 m. Toucher dilatation de 2 fr. membranes rompues depuis 7 h. 30 m. face en MIDP promontoire accessible non mesurable.

La présentation de la face reste longtemps stationnaire et ce n'est que très lentement que la rotation s'effectue.

5 h. 30 s. Dilatation complète.

6 h. 15 soir. Expulsion spontanée d'une fille vivante poids 2.980 gr.

2 janvier 1909. *Après l'accouchement* examen de la femme : ne présente pas de déformation des membres inférieurs. Le bassin semble normal à l'extérieur.

Pelvimétrie interne : promontoire très au loin non mesurable, bassin paraissant large transversalement D. inf.

assez large. Du côté de la face, on est frappé de l'étroitesse du front ; léger prognathisme.

L'enfant qui présentait une dolichocéphalie assez marquée, a une tête redevenue régulière. Il ne conserve pas l'attitude défléchie. On trouve sur la face (paupière droite et région maxillare droite), de petites ecchymoses, traces du toucher.

9 janvier. S. de C. normales, enfant bien portant, poids 3025 grammes.

Diamètres de la tête fœtale, le jour de la naissance, le 2 décembre. le 6, le 9.

OM. 13 — 13,2 — 12,9 — 13,5.

OF. 12,5 — 11,5 — 11 — 12,3.

SOB. 11,5 — 9 — 9 — 9, 3.

SOF. 10,5 — 10,9 — 10,2 — 11,2.

BIP. 9 — 9,2 — 9,2 — 9,5.

BIT. 7,5 — 7,5 — 7,8 — 8,8.

SMB. 8,5 — 8,7 — 9,8 — 9,4.

OBSERVATION X

1909. — *Bassin plat.* Durée du travail : 7 h 30

N° 7. F.... 37 ans, III pare, entre à la clinique le 30 novembre 1908, a marché à 20 mois. Réglée à 18 ans. 2 grossesses antérieures terminées à terme spontanément 1899, fille V. nourrie au biberon, 1905, fille V. nourrie au biberon.

Grossesse actuelle / - 4 - du 1 au 7 mars 1908. Apparition des mouvements actifs au mois de juillet. A l'entrée dans le service serait à terme ; l'utérus remonte à 2 travers de

doigt au-dessus de l'appendice xyphoïde. Au cours de la 1re 1/2 de sa grossesse, elle a eu des vomissements fréquents ; pas d'amaigrissement, pas d'albumine à son entrée (30 novembre).

Taille de la malade 148 cm. S. M. *B.* 19 cm. 5.

Longueur du membre inf. du 1/2 du pli de l'aine au plan du sol, 76 cm. 5.

Longueur du 1/2 du pli de l'aine au sommet de la rotule (droite ou gauche), 36 cm.

Longueur du sommet de la rotule à malléole externe (droite ou gauche), 35 cm.

La ligne intertrochantérienne coupe l'arcade de Fallope en son 1/2 elle est perpendiculaire à la ligne ombilico-pelvienne.

Longueur du membre supérieur, 62 cm. 5 ; sommet de l'acromion au sommet de l'olécrane (dt et g) 25,5 ; sommet de l'olécrane à l'articulation métacarpophalangienne, 33 ; interligne articulaire métacarpophalangien du médius gauche en retrait sur celle des autros doigts. Atrophie articulaire traumatique accidentelle.

Pas de déviation de la colonne vertébrale, losange de Michaélis régulier. Pas de déformation thoracique, massif facial osseux.

Pelvimétrie interne : Promontosous-pubien 10, lignes innominées assez éloignées l'une de l'autre ; excavation large, sacrum excavé, grossesse à terme en OIGA, sommet qui pointe dans l'excavation.

La malade part sur sa demande le 14 décembre 1908. Elle revient le 2 janvier à 8 h. m. au toucher col dilatable de 1 fr.; membranes intactes, contractions peu rapprochées. Au palper on sent la saillie formée par l'occiput à droite ;

au-dessous du vide formé par la déflexion du dos, du côté gauche, on trouve le plan ventral fœtal ainsi que les petits membres qui sont très en avant. Les sensations perçues par le palper sont très nettes ; les B. du C. sont bons.

9 h. m. au toucher, col dilatable de 2 fr. P des E intacte. On arrive directement sur la suture coronale, sur la racine du nez, et sur la narine. La bouche est inaccessible. Présentation du front dans le diamètre oblique gauche.

La face se défléchit en s'engageant : contractions très rapprochées, et de longue durée.

11 h. 35 m., expulsion spontanée d'un garçon V., poids, 3370 gr.

Midi 5, délivrance naturelle et complète, poids du placenta, 550 gr.

Tête en dolichocéphalie. Aplatissement de la partie postérieure du crâne.

12 janvier 1909. S. de C. normales. Enfant bien portant, poids 3150 gr. conserve un peu le port élevé de la tête.

OBSERVATION XI

1909. — *Promontoire non mesurable, léger excès de liquide.* — Durée du travail : 15 heures.

N° 502. VAN. Q..., 22 ans. Ipare.

Parents vivants et bien portants. Réglée régulièrement à 14 ans 1/2.

1re grossesse terminée à terme, spontanément, enfant mort à 3 mois.

D. R. du 7 au 10 juillet.

Femme de taille moyenne, ne présente aucun signe de rachitisme ; elle est venue consulter quatre jours avant l'accouchement (sommet mobile, col long).

Utérus développé comme pour une grossesse à terme, léger excès de liquide, pas de malformation utérine, grosse partie fœtale qui s'engage, dos très en arrière et à droite, siège au fond de l'utérus et à gauche, B. du C. perçus à gauche.

2 heures soir, dilatation de 2 fr., membranes intactes. P. des E. volumineuse. On sent, à travers les membranes de petites irrégularités. Au centre, on trouve le nez, dont les narines regardent à gauche et en avant. On arrive sur la bouche, le menton plus haut est difficilement accessible à droite et en arrière, on trouve un semblant de suture qui aboutit de suite à la fontanelle antérieure. Il ne semble pas exister de rétrécissement du bassin. On arrive tout à fait au loin sur un promontoire non mesurable.

5 heures soir, dilatation de 5 fr., poche des E. volumineuse.

7 heures soir, dilatation comme une paume de main, la face s'engage, le menton descend, la fontanelle antérieure est difficilement accessible. Rupture spontanée des membranes. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide.

7 heures 30 soir, la rotation du menton qui vient se mettre en rapport avec la symphyse pubienne s'effectue.

7 heures 40 soir, expulsion d'un enfant sexe masculin, poids 3.230 gr. L'enfant présente un léger degré de dolichocéphalie. Légère bosse séro-sanguine sur les paupières.

8 heures soir, délivrance naturelle et complète, poids du placenta 550 grammes.

S. de C. normales, enfant bien portant, mammite double, poids 3150 grammes.

OBSERVATION XII

1909. — Durée du travail : 39 heures

N° 949. D... Reine, 21 ans. Ipare, blanchisseuse.

A marché à 18 mois. Réglée à 12 ans, régulièrement, n'a jamais été malade.

D. R. du 15 au 18 septembre 1908. Evolution normale de la grossesse. Le 19 juin, perdant brusquement les eaux et ayant des contractions, elle vient à la clinique.

Ne pratiquant pas le toucher, on constate que la partie fœtale qui occupe le D. S. et le pôle céphalique, s'engageant à la partie supérieure de l'excavation. Elle est envoyée chez une sage-femme de ville. Celle-ci reconnaît une face et la ramène à la Clinique.

Femme de taille moyenne, rien à signaler du côté du squelette. Utérus développé normalement ; B. du C. bons. Il est impossible d'établir un diagnostic par la palpation, les contractions étant très fréquentes.

3 heures du soir, toucher, dilatation comme 5 fr., orifice assez épais, le menton regarde en arrière et à droite. B. du C. bons. Contractions douloureuses et fréquentes. Face en MIDP.

5 heures soir, dilatation stationnaire, orifice plus souple, la face descend progressivement. B. du C. bons. Contractions très fréquentes et douloureuses.

8 heures soir, dilatatation d'une grande paume de main, la rotation s'effectue, une bossse séro-sanguine se forme. B. du C. bons.

9 heures 15 soir, accouchement spontané enfant V.

9 heures 45, délivrance normale, poids du placenta 600 gr. Membranes déchirées paraissant complètes.

L'enfant présente une infiltration cyanotique du côté droit ; excoriation superficielle de la paupière droite, conjonctivite assez intense, un peu d'œdème. S. de C. normales, cependant utérus encore un peu gros. Cœur, souffle extra-cardiaque. Enfant tête mal, conserve encore quelques ecchymoses sur l'œil droit, en voie de guérison. Poids, 2.850 grammes, 9 juillet.

OBSERVATIONS XIII

1909. — *Défaut de rotation, col œdématié, dur, ne se dilatant pas, pose de l'excitateur à deux reprises, morphine, chloroforme, rotation artificielle, expulsion du fœtus mort. 2 circulaires.*

N° 1044. D..., Fernande. 25 ans. Ipare.

A marché à 14 mois, réglée à 18 ans régulièrement. D. R. 15 au 20 octobre, 08.

Entre à la clinique le 18 juillet. Examen :

Femme de grande taille, rien de particulier du côté squelette. Utérus développé comme pour une grossesse à terme.

La parturiente est en travail depuis le 16 juillet. (*membranes rompues prématurément ce même jour.*) Grosse partie fœtale au D. S. On sent à gauche une grande dépression qui est le sillon du cou. Toucher : col en voie d'effacement, ayant encore un centimètre de longueur environ. Dilatation de 2 à 3 centimètres. Le col est œdématié à sa partie postérieure. On arrive directement sur le nez qui est au centre du D. S. On arrive aisément sur la bouche et le menton. Celui-ci est dirigé obliquement et regarde la symphyse sacro-iliaque droite.

Contractions rapprochées. M. Brindeau fait mettre l'excitateur de Tarnier. Lorsqu'on le retire, deux heures après, la dilation est de 5 francs. Contractions plus rapprochées.

2 heures soir. Dilatation de 5 fr. Le pourtour du col, mou en avant, est œdématié et dur en arrière. On arrive aisément sur le nez et les narines, la tête est toujours haute. B. du C. bons.

5 heures, soir. La malade a eu des douleurs un peu violentes, espacées de 10 à 15 minutes ; M. Lequeux examine la malade : le col est toujours dans le même état, toujours résistant en arrière. La tête fixée au D. S. reste toujours élevée. Les B. du C, sont lents, l'utérus *déjeté à droite*. On fait une piqure de morphine et on applique un bandage de corps avec un tampon, pour redresser l'utérus.

6 heures soir. Les B. du C. sont mieux frappés, meilleurs, depuis la pose du bandage, et malgré la morphine les contractions sont plus fréquentes. Puis la malade est un peu plus calme jusqu'à neuf heures.

6 h. soir. Pose de l'excitateur de Tarnier (deuxième fois), qui détermine des douleurs rapprochées.

10 h. 10, soir. M. Brindeau vient examiner la femme et fait enlever l'excitateur. Ce promontoire est facilement atteint, la tête ne descend pas, dilatation du col: un peu plus de 5 francs. Il reste œdématié, et on le sent dur en arrière et à droite, au moment des contractions.

11 h. 5, soir. piqure de morphine, 1 cent. 03.

19. 2 h. matin. Persistance des douleurs. Contractions très fréquentes, B. du C. irréguliers par intermitence.

7 h. m: La dilatation est complète, la face est engagée, mais ne tourne pas. B. C. bons mais ralentis par instants.

La femme se plaint d'une sensation de brûlure, au niveau du segment inférieur. Les contractions sont fréquentes. On fait respirer du chloroforme. Au stéthoscope on entendait des mouvements convulsifs du fœtus. La face ne tournant pas, M. Lequeux fait la rotation artificielle, en refoulant le menton d'arrière en avant, avec deux doigts pendant la contraction. Le menton est ramené en avant et on cesse le chloroforme. La femme expulse en MP un fœtus mort du poids de 2650 grammes. Pas de déchirures. Examen du bassin : Promontoire très élevé, accessible à 11 centimètres. Il semble qu'il soit rétréci transversalement. Utérus très gros et douloureux. Glace sur le ventre. Injections chaudes.

21. La malade est montée à l'isolement. Utérus douloureux, lochies rousses, non fétides, glace sur l'abdomen.

Le 12, la malade va bien.

Le 24, le fond de l'utérus à cinq travers de doigts du pubis, à 1 cent. 1|2 de l'ombilic. Glace sur le ventre. Les lochies sont rouges et pas fétides.

Le 26, la malade sort malgré les avis médicaux. Utérus encore gros, non douloureux.

OBSERVATION XIV

1909. — *Présentation primitive constatée 13 jours avant l'accouchement. Accouchement très rapide en face.*

N° 1153. L... Irma, 26 ans. II pare, 23 juillet.

A marché à 14 mois, réglée à 17 ans, régulièrement. Comme antécédent pathologique dans l'enfance, rougeole et bronchite, maladie d'estomac depuis l'âge de 12 ans.

Entrée à la clinique pour accoucher elle est admise au dortoir le 23 juillet. D. R. du 14 octobre. 1re grossesse : mai 1904 grossesse normale, accouchement à terme spontanément par le sommet, d'une fille morte à 4 mois, de méningite. IIe grossesse 1903 à terme, accouchement par le siège, fille morte à 11 mois de méningite.

III pare, examen de la femme : Utérus remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde, utérus bicorne : corne gauche plus haute que la droite, occupée par le siège, corne droite plus basse occupée par les petits membres.

Tête au-dessus du détroit supérieur, siège en haut, dos à gauche.

Toucher : on arrive directement après le détroit supérieur, sur les fosses nasales dirigées en arrière et à droite.

Le 5 août à 10 h. s, la parturiente monte à la salle. Rupture spontanée de la P. des E, dilatation complète, efforts expulsifs.

10 h. 10 s. la face se dégage en M. P. en quelques contractions, garçon poids 2900 gr.

10 h. 45 s. Délivrance naturelle et complète, poids du placenta 550 gr.

L'enfant conserve une position défléchie. Il a de l'œdème de la région sternale jusqu'au milieu du cou.

S. de C. légère lymphangite des seins, part sur sa demande le 15 août. Enfant : léger érythème fessier, mammite double, poids 3725 gr.

OBSERVATION XV

Forceps sur la face. Durée du travail : *11* heures.

N° 1190. L... Antoinette, 18 ans. I pare.

A. H. père mort cardiaque, mère vivante.

A. P. rougeole et scarlatine dans le jeune âge. R. à 12 ans régulièrement. Dernières règles du 15 au 17 novembre 1908. Evolution normale de la grossesse, n'a jamais consulté.

Le 11 août, ressentant quelques douleurs, elle vient à la clinique où elle est admise. Femme de taille moyenne. Utérus normalement développé. Au palper : partie fœtale volumineuse, dure, fixée au D. S. ; elle est séparée du dos par un sillon correspondant au cou. Bruits du cœur bons.

10 h. m. dilatation comme 5 fr. Orifice épais. Membranes intactes. On atteint le nez et les narines, celles-ci regardent en avant et à gauche. Contractions faibles.

3 h. s. même dilatation, orifice souple. Auscultation bonne, contractions plus régulières. A partir de ce moment la malade est très agitée, elle supporte mal les contractions qui deviennent plus fréquentes.

6 h. s. rupture spontanée de la poche des eaux, peu de liquide. Au toucher : dilatation complète. La face a opéré son mouvement de rotation, elle repose sur le périnée. Efforts expulsifs mal soutenus par la malade, la face progresse un peu, on aperçoit les lèvres très œdématiées. Bruits du cœur normaux. La partie fœtale progressant peu, on essaye la manœuvre de Ritgen qui n'aboutit pas. Finalement l'enfant faisant des mouvements de succion, à cause de l'*infection possible de celui-ci*, on décide de faire un for-

ceps. La face étant à la vulve depuis 1 H. environ, et la dilatation vulvaire ne progressant pas par le fait d'efforts expulsifs insuffisants, on fait un forceps en prise directe. Traction modérée en même temps que pression de haut en bas sur la voûte palatine : la face progresse, le menton se dégage, mais à cause de l'étroitesse de la vulve, on enlève successivement les branches du forceps (dont la vis de presssion n'a pas été utilisée), et l'on achève le dégagement de la tête par des pressions douces de bas en haut faites sur les bosses frontales à travers le périnée ; le reste du dégagement s'opère sans difficulté ; il n'y a à la fourchette qu'une éraillure ne nécessitant pas de suture. L'enfant crie aussitôt après sa sortie des voies génitales. Il a le visage et surtout les lèvres très cyanosés. Tout ceci se fait sans anesthésie. Fille 3080 gr.

7 h. 10 s. délivrance naturelle et complète 550 gr.

17 août, temp. 37° lavement, selles abondantes.

18 août, temp. 37° 1.

20 août, on examine le bassin qui est très large. S. de C. un peu fébriles, enfant bien portant, poids 3125 gr.

OBSERVATION XVI

Durée du travail : 19 heures

N° 1284. Es... Léa, 28 ans, III pare.

A marché à 18 mois. Réglée à 14 ans régulièrement. Scarlatine à 27 ans. 2 grossesses à terme terminées spontanément : 1904, enfant vivant, mort à 8 mois ; 1907, enfant vivant, mort à 1 an.

Rien à signaler du côté du squelette.

Grossesse ayant évolué normalement pour laquelle elle a consulté à la clinique.

26 août, apparition des contractions utérines ; la malade vient à la clinique où elle est admise. Par le palper on sent une saillie formée par l'occiput au-dessus de la symphyse pubienne à gauche. Auscultation, bruits du cœur bons. Au toucher, col dilatable, membranes intactes. On sent à travers la poche des eaux des saillies qui permettent de confirmer le diagnostic de présentation de la face. Toucher à 6 heures soir, dilatation de 5 fr., la poche des eaux est intacte, on sent les globes oculaires, le nez : le menton est à droite et en arrière.

10 heures soir, dilatation grande comme une paume de main. La poche des eaux bombe fortement dans le vagin. On reconnaît, par le toucher, le front, l'œil droit, le nez, dirigé en arrière et à droite.

10 heures 20 soir, rupture spontanée des membranes. La dilatation est presque complète, les bruits du cœur sont bons. La *rotation s'effectue normalement*.

11 heures 30 soir, expulsion d'un garçon vivant, 3.210 grammes, présentant un circulaire serré autour du cou, section entre deux pinces ; un 2e circulaire lâche est glissé facilement au-dessus des cuisses.

11 heures 55 soir, délivrance naturelle ; membranes dissociées, paraissant complètes. S. de C. normales, enfant, poids 3.175 gr. 6/9/09.

OBSERVATION XVII

Durée du travail 7 h. 30

N° 1625. Version dans présentation de la face. Rupture du cordon. 5 circulaires. Enfant mort.

C..... 19 ans, I pare, a marché à 15 mois, réglée à 17 ans irrégulièrement. Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Evolution normale de la grossesse ; admise le 18 septembre à la clinique (dortoir).

Utérus légèrement développé, léger excès de liquide, tête mobile. Promontoire accessible au loin. L'excavation semble assez large. Epines sciatiques assez saillantes.

24 octobre. Ayant des douleurs elle monte à la salle. Utérus développé comme pour une grossesse à terme, de forme cylindrique allongée ; il est très *dévié* à *droite*.

Palper très difficile, l'utérus se contractant aussitôt.

4 h. 35 s. Toucher. Col en voie d'effacement dilaté comme 5 fr. On arrive sur une P. des E. qui est très volumineuse, bien que la parturiente dise avoir perdu une grande quantité d'eau le 24 octobre, à 11 h. m. Au centre du bassin, assez haut, on arrive sur le nez dont les fosses nasales regardent à droite et en arrière ; en rapport avec la symphyse sacro-iliaque, se trouve la bouche. On atteint difficilement le menton qui est encore trop élevé. A gauche et en avant les globes oculaires et la suture interfrontale.

5 h. s. La parturiente qui ressentait peu de douleurs, se met à crier. Les contractions se rapprochent toutes les deux minutes, elles sont longues et très douloureuses, les B. du C. sont bons. On redresse l'utérus, mais on ne peut arriver à le mettre sur la ligne médiane.

6 h. s. Col complètement effacé, dilatation de 2 fr. la face appuie mal sur le col. P. des E. intacte. Les contractions devenant subintrantes on met la parturiente dans un bain où elle reste 3/4 d'heure ; au sortir elle semble plus calme. B. du C. bons.

10 h. 50 s. morphine 0 gr. 50 sans résultat.

11 h. 30 s., les bruits du cœur deviennent sourds, ils sont irréguliers ; la dilatation est d'une grande paume de main ; *grande déchirure du col* à gauche faite par le front.

Sous chloroforme, la main étant introduite dans le vagin, on constate que la présentation se refoule aisément ; en conséquence, on essaye de tenter une version. Introduction de la main gauche. Face en MIDP. Impossibilité de fléchir la tête. On va alors chercher un pied au fond de l'utérus et à droite. Abaissement du pied gauche très pénible. Le pied est amené avec beaucoup de difficulté à la vulve malgré la traction énergique. On pose difficilement un lacs, puis on essaie de faire évoluer le fœtus : on exerce pour cela des tractions sur le pied, tandis qu'à travers la paroi abdominale, un aide essaye de refouler la tête vers la partie supérieure de l'utérus. Cette manœuvre restant sans effet, on essaie la double manœuvre interne. Tout en s'aidant à travers la paroi abdominale, on introduit la main gauche dans le vagin et l'utérus pour chercher à repousser la tête, tandis que de la main droite, on exerce des tractions sur le lacs, placé sur le pied abaissé. Ces manœuvres sont excessivement pénibles, et tout à coup produisent une sorte de déclanchement, un claquement sec, à la suite duquel l'évolution se fait. Mais on n'a pas la sensation à ce moment que la tête remonte ; le fœtus se déroule, mais l'ascension de la

tête est extrêmement pénible. Dégagement alors assez rapide du siège ; lorsqu'on voit apparaître l'ombilic, on constate que le cordon est rompu à 5 centimètres environ de son insertion sur l'anneau ombilical. Abaissement du bras relevé en avant ; extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau aidée de l'expression abdominale. L'enfant présente 5 *circulaires* autour du cou, le cordon rompu glisse immédiatement. Enfant mort, 3.250 gr. Aussitôt après la sortie du fœtus, le placenta apparaît à la vulve ; extraction de débris de membranes. Injection intra-utérine iodée. Ergotine, 1 cmc.

25 octobre, temp. 37°, bon état général.

6 novembre, S. de C. normales, part en bon état.

OBSERVATION XVIII

2909. — *Promontoire accessible. — Forceps pour défaut de rotation.* — Durée du travail : 33 heures

N° 1690. Sch... Elise, 23 ans, I pare.

Parents bien portants, a marché à 11-13 mois ; toujours bien marché. Réglée à 13 ans. Rougeole dans l'enfance.

D. R. du 22 au 25 janvier 1909.

Femme de taille moyenne, squelette facial léger prognathisme de la lèvre supérieure ; front développé, voûte palatine en ogive, saillie au niveau des cartilages sterno-costaux. Grossesse à terme. Au dortoir depuis le 4 novembre, où elle était entrée avec un sommet mobile en OIG, ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche. Utérus incliné à droite.

Promontoire accessible à 11,5. D. S. assez large transversalement, excavation large.

Entrée à la salle le 7 novembre 1909. Palper : dos, à droite, on sent une encoche à droite, puis on perçoit l'occiput. On sent un fer à cheval (?), à gauche, en rapport avec l'éminence ilio-pectinée. Face mobile. B. du C. bons.

7 novembre, 4 heures soir, dilatation comme 5 fr. P. des E. volumineuse pendant les contractions. L'enfant paraît gros : la tête défléchie, très élevée et mobile ; on essaye de la fléchir par manœuvre combinée, et cela sans résultat, parce que très mobile. On arrive sur le nez et les globes oculaires au milieu de l'excavation. M. I. G. P.

8 novembre. Pendant la nuit du 7 au 8, pas de contractions.

8 heures 20 matin, toucher : la tête se fixe très peu, la poche des eaux est très saillante, la présentation MIGT encore un peu postérieure, la tête mobile, les B. du C. sont bons. A 10 heures matin, les B. du C. deviennent irréguliers, sourds, peu précis. M. le professeur Bar décide de rompre les membranes. Le liquide qui s'écoule est clair. La partie fœtale se fixe : les joues deviennent saillantes. 4 heures, les B. du C. sont bons, la face est en MT. La dilatation est complète. 7 heures soir, la tête étant en MT et ne bougeant pas, malgré les contractions utérines, on essaie par des manœuvres digitales, exercées sur la bouche, de ramener le menton, actuellement en MT, en MP. Ces manœuvres étant inefficaces, on décide de pratiquer une application de forceps.

La dilatation était complète. Application de la branche gauche, à gauche et directement en arrière. La branche

droite en avant. Celle-ci bute d'abord sur les parties fœtales, puis s'enfonce ensuite profondément, et il est impossible d'articuler à cause de l'inégalité de l'enfoncement des branches.

On refait alors une nouvelle prise, en enfonçant davantage la première branche ; la deuxième branche est aisément introduite, avant d'articuler, on défléchit la tête, qui est mal défléchie, en agissant avec le doigt sur la voute palatine. On reporte en même temps les manches du forceps directement à gauche.

On articule, et on exerce les tractions en même temps que l'on effectue la rotation jusqu'à ce que le menton soit arrivé sous la symphyse. Pendant toute cette opération, on a maintenu la déflexion en laissant le doigt fortement appuyé sur la voûte palatine, Le dégagement est effectué assez facilement quoique très lentement. Intégrité périnéale.

Au moment de l'extraction, on trouve une anse de cordon passant en écharpe par dessus l'épaule antérieure, et gênant dans les tractions pour dégager le tronc.

L'enfant examiné présente une saillie marquée au point où siège la bosse sérosanguine. L'occiput est abaissé, et le grand axe de la tête est sous-occipito frontal: Pas de tuméfaction des joues ni des lèvres, très peu des paupières.

L'enfant ne présente nullement l'aspect ordinaire des enfants nés par la face, mais celui des enfants nés par le front ; il est probable que dans l'excavation, la tête est restée longtemps modérément défléchie, plus tôt front que face, et c'est la raison pour laquelle elle ne tournait pas. Si dans le toucher on atteignait le menton comme dans les présentations de la face, on était cependant obligé de tirer forte-

ment sur la voûte palatine pour défléchir la face, comme cela doit l'être pour le dégagement.

18 novembre L'enfant présente un écoulement léger de l'œil droit ; les paupières sont agglutinées. L'enfant part en nourrice, en bon état.

19 nov. La femme part : S. de C. sub fébriles : lymphangite du sein droit, guérie.

Mensurations à la naissance. OM 13,7 OF 13,5 SOB 9,1 SOF 11,2 BIP 9,1 BIT 8,3 SMB 10,4.

CONCLUSIONS

Nous résumerons cet exposé statistique des présentations de la face à la clinique Tarnier par les conclusions suivantes :

1· L'accouchement se termine le plus souvent spontanément. 78 o[o dans les cas que nous avons observés.

2· La mortalité maternelle peut être considérée comme nulle ou à peu près.

3· La mortalité fœtale est considérable (20 o[o) ;

4· Les positions postérieures sont les plus fréquentes (54,3 o[o).

5. Dans ces présentations tout dépend de la ROTATION du menton en avant; de la facilité ou de la difficulté que l'on éprouve à l'effectuer découlera un pronostic bénin ou très sombre.

Vu : le Président de thèse,

P. BAR.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bar (P). — Leçons cliniques 1909.

Bar (P.), Brindeau et Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements. 1907.

Baudelocque. — Traité d'accouchement. 1781.

Budin. — Thèse Paris, 1876.

Carpentier. — Thèse Paris 1877.

Cazeaux et Tarnier. — Traité d'accouchement. 1867.

Charpentier. — Traité pratique des accouchements. 1890.

Crousse. — Thèse 1844.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchements. 1905.

Duncan (Mathews). — Research. in Obst. 1868.

Edimbuy. — Médic. surg. 1865.

Farabeuf et Varnier. — Introd. à l'ét. clini. des acc. 1891.

Jeannin. — Conférences d'accouchement. 1909.

Lachapelle (Mme). — Pratique des accouchements. 1821.

Osiander. — Zeitschriftvon Frick u. Oppenheim Hambourg. 1838. Vol. IX.

Petitjean. — Thùse Paris. 1904.

Pinard. — Palper abdominal. ann. gynécologiques, t. IX.

Robert (Léon). — Thèse Paris 1893.

Schatz. — Arch. für. gynœc. 1873.

Schroder. — Schwange. geburt u. woschen. 1874.

Tarnier. — Annales de gynécologie. 1882.

Tarnier et Chantreuil. — Traité d'accouchement. 1888.

Imp. spéciale H. Chacornac, 9, rue de l'Eperon, Paris

331

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE